

cólon é incomum. Foi descrito primariamente em 1926 por Abrikossoff a partir de 05 casos com ocorrência na língua.

Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 50 anos, procurou atendimento coloproctológico com queixa de nódulo em região perianal e drenagem de secreção purulenta. No exame físico foi constatada a presença de fístula perianal, no entanto, devido as orientações de rastreamento de câncer colorretal, foi solicitado uma colonoscopia para o paciente antes da cirurgia. Neste exame houve a detecção de dois pólipos, correspondendo o pólipo de ascendente a um TCG. Optado por ressecção endoscópica que ocorreu com sucesso.

Discussão: O TCG raramente afeta o trato gastrointestinal. Acredita-se que seja um tumor de origem neural, das células de Schwann, principalmente pela sua positividade para proteína S-100. No TGI geralmente o tumor afeta a submucosa, tendo mucosa normal, por isso a biópsia endoscópica não é a melhor opção para diagnóstico, ficando como padrão ouro a excisão completa da lesão. Frequentemente a lesão é assintomática e seu achado é incidental. A maioria das lesões tem entre 1 e 2 cm de diâmetro. Por se tratar de uma patologia benigna a excisão endoscópica costuma ser o tratamento de escolha, no entanto, lesões com diâmetro superior são candidatas a colectomia pelo risco de malignidade – descrita em 2,0 a 4,3% dos casos – e metástases. O diagnóstico histológico é dado pelas células poligonais ou fusiformes com núcleo pequeno e centralizado, citoplasma eosinofílico abundante e dispostas em ninhos separados por faixas de tecido conjuntivo. As células estão bem agrupadas, os nódulos do tumor bem individualizados, mas não há cápsula. Os marcadores neurais proteína S-100 ou NSE uniformemente expresso também sugerem o diagnóstico.

Conclusão: O TCG apesar de ser uma lesão frequentemente benigna, não deve ser negligenciada devido ao potencial de malignidade e metástases. Na suspeição o endoscopista deve se esforçar pela ressecção completa que permite melhor diagnóstico histológico do que a biópsia simples.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.058>

P141

ESÔFAGO NEGRO COMO COMPLICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA DE RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL: RELATO DE CASO

Marlise Mello Cerato Michaelson, Kamyla Griebeler Valentini, Ruy Takashi Koshimizu, Rafael Dienstmann Dutra Vila, Patricia da Silva Passos, Karine Sabrina Bonamico, Marja Luciane Visioli

Hospital Ernesto Dornelles, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Esôfago negro (EN) é caracterizado pela coloração negra circunferencial e difusa, geralmente do terço distal da mucosa do esôfago. É mais comum em homens, raro e grave, com prevalência de até 0,2% e mortalidade de 13 a 35%.

Descrição do caso: J.M.C., feminina, 74 anos, diabética, asmática e portadora de neoplasia de reto médio estadio IV (cT2N2M1), submetida a retossigmoidectomia abdominal com excisão total do mesorreto, anastomose coloanal grampeada

e ileostomia protetora, sem intercorrências, após 14 semanas da neoadjuvância com quimio (5-fluoracil e oxaliplatina) e radioterapia (28 sessões, 50.4 Gy) concomitantes.

O anatomopatológico evidenciou lesão ulcerada com fibrose estromal no reto, limites cirúrgicos distal (3,5 cm) e circunferencial (2,5 cm) livres, sem metástase (12 linfonodos avaliados). Apresentou boa evolução inicial, porém no sexto pós-operatório (PO) evoluiu com sepse, epigastria e dor retroesternal, e eliminação de muco e pus via anal. TC de abdome confirmou a hipótese de deiscência parcial da anastomose, sem coleções, e EDA o diagnóstico de EN. O manejo foi realizado com NPO, hidratação, inibidor de bomba de prótons (IBP) em dose plena, antibiótico e antifúngico, endovenosos. Os dois últimos, mantidos por 14 dias. Em 24 h foi iniciado sucralfato via oral e instalada nutrição parenteral (NPT). A resposta foi adequada, com reintrodução da dieta em 6 dias e retirada gradual da NPT. Recebeu alta após 20 dias, com IBP e sucralfato. Realizou EDA após 30 dias, sem alterações.

Discussão: O EN não possui etiologia definida, acredita-se que isquemia e obstrução sejam os eventos iniciais. Também já foi associado a infecções, choque, uso de antibiótico, hiperglicemia, entre outros. 70% dos pacientes apresenta hemorragia digestiva alta (HDA) precoce. Disfagia, dor epigástrica e sepse são achados menos comuns. O diagnóstico é realizado com EDA e pode-se encontrar lactato elevado, anemia, insuficiência renal, hiperglicemia e hipoalbuminemia. O manejo do EN consiste em suporte clínico, tratamento das doenças de base, sonda nasogástrica se obstrução, IBP, NPO por 24 h e sucralfato VO após. Uso de antibiótico e antifúngico deve ser analisado individualmente. As complicações mais frequentes são: perfuração na fase aguda (7%) e estenose a longo prazo (25 a 40%).

Conclusão: Tendo em vista a gravidade associada, apesar de raro, o EN deve ser lembrado no PO de retossigmoidectomia, em pacientes com fatores de risco ou sintomas relacionados a esta patologia.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.059>

P142

EXÉRESE DE LESÃO CÍSTICA RETRO-RETAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA: RELATO DE 2 CASOS

Mychelly de Sá Carvalho^{a,b,c}, Evelyn Cristina da Rosa Granja Batalini^{a,b,c}, Rafael Castelli Bittencourt^{a,b,c}, Marcelo Carlos de Sá Carvalho^{a,b,c}, Monykelly de Sá Carvalho^{a,b,c}, Marcus Regis Tanios Porto^{a,b,c}, Alexandre da Silva Nishimura^{a,b,c}

^a Santa Casa de Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil

^b Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju, SE, Brasil

^c Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC, Brasil

Introdução: O Tailgut Cyst (TC) é um remanescente embriológico do intestino posterior, mais comum em mulher jovem (75-90%), mais raros em crianças. A maioria dos pacientes

